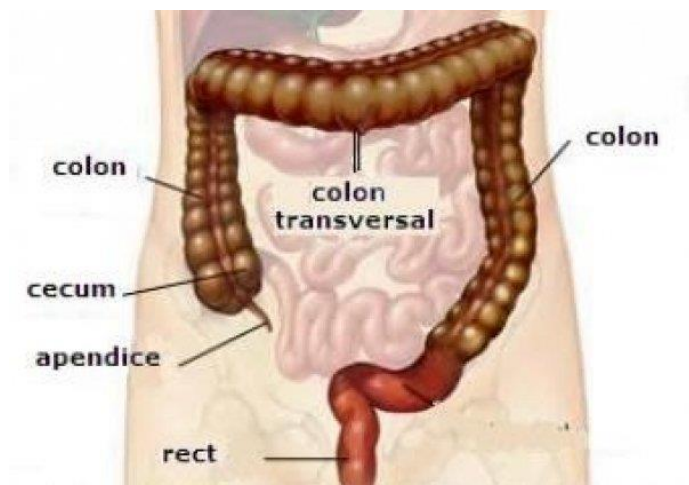


# CANCERUL COLORECTAL

Cancerul colorectal reprezintă tipul de cancer care apare la nivelul intestinului gros: în colon sau în rect (ultimii 20 cm din colon) :



Cancerul colorectal reprezintă al doilea cel mai frecvent tip de cancer în România. Deși cancerul colorectal este pe locul doi ca frecvență a diferitelor tipuri de cancer, după cancerul pulmonar, el poate fi vindecat și prevenit – dacă este depistat din timp.

În momentul de față, nu este pe deplin cunoscut de ce apare cancerul colorectal. S-au identificat mai mulți factori de risc. Unele persoane care prezintă acești factori de risc nu vor dezvolta niciodată cancer colorectal, iar alte persoane, care nu au nici unul din acești factori de risc vor dezvolta totuși cancer colorectal.

Cancerul colorectal apare cel mai frecvent ca boala sporadică, adică nu este legat de o moștenire genetică transmițătoare a unui risc pentru acest tip de cancer. Aproximativ 20% din cancerele colorectale apar în context familial. Mai puțin de jumătate dintre acestea sunt rezultatul unei boli ereditare cunoscute. În celelalte cazuri familiale, cauza este necunoscută. Incidența familială apare nu doar din cauza moștenirii genetice comune, dar și a factorilor de mediu comuni, care pot crește riscul.

Principalii factori de risc pentru cancerul colorectal sunt:

- Îmbătrânirea: riscul de cancer colorectal crește cu înaintarea în vârstă.
- Stilul de viață:
  - o Dieta: dieta este cel mai important factor de risc pentru cancerul colorectal. O dieta bogată în carne roșie {vită, miel sau porc} și

carne procesată {crenvurști, carne presată), bogată în grăsimi și/sau săracă în fibre poate crește riscul de cancer colorectal. Consumul crescut de alcool este și el un factor de risc pentru cancerul colorectal.

- Obezitatea: o greutate peste cea normală crește riscul de cancer colorectal.
  - Sedentarismul: persoanele cu activitate fizică redusă au un risc mai mare de cancer colorectal, independent de greutatea persoanei.
  - Diabetul zaharat de tip 2 crește riscul, independent de greutatea persoanei.
  - Fumatul: crește riscul de a dezvolta polipi colorectali mari, care sunt recunoscuți ca și leziuni precanceroase.
- Antecedentele de polipi colorectali ; polipii, nu sunt canceroși, dar pot evolua, în timp, în cancer. De aceea, polipii sunt recunoscuți ca leziuni precanceroase
  - Antecedentele de cancer colorectal: chiar dacă tumoarea a fost îndepărtată complet în timpul tratamentului anterior, există un risc crescut de a dezvolta o nouă tumoare în alta parte a intestinului gros sau în rect.
  - Antecedentele de cancer de alte tipuri: limfomul, cancerul testicular sau cancerul endometrial crește riscul dezvoltării unui cancer colorectal.
  - Bolile inflamatorii ale intestinului, de exemplu boala Crohn sau colita ulcerativă, care produc inflamații de durată ale intestinului gros, pot duce la displazie, care poate evolua în timp spre cancer. Riscul crește odată cu durata bolii inflamatorii a intestinului și cu severitatea și extinderea inflamației. Cancerul colorectal la pacienții cu boala Crohn sau colita ulcerativă reprezintă aproximativ două treimi dintre cazurile de cancer colorectal sporadic.
  - Istoricul familial: circa 20% din cancerul colorectal apar în context familial. Dacă o rudă de gradul întâi are cancer colorectal, riscul de a dezvolta cancer colorectal se dublează. Acest fapt se poate datora moștenirii genetice sau factorilor de mediu comuni.

Sindroamele ereditare cunoscute care predispun la cancerul colorectal sunt:

- Polipoza adenomatoasă familială
- Sindromul Lynch, numit și cancer colorectal nonpolipozic ereditar.

Unii factori pot avea un efect de protecție împotriva dezvoltării cancerului colorectal:

- Dieta bogată în legume, fructe și cereale integrale scade riscul de cancer

colorectal.

- Activitatea fizică poate reduce riscul de cancer colorectal.

## **Ați remarcat următoarele simptome?**

**Senzație de disconfort, balonare, greață, dureri, gaze, sunete asemănătoare unor bolboroseli (borborisme), sângerări, diaree, constipație, mucus în scaun, scădere în greutate, oboseală, vărsături?**

Majoritatea persoanelor care prezintă simptome aparent îngrijorătoare nu au cancer și nici o altă boală gravă. Dacă nu ați avut niciodată probleme intestinale, sunteți norocos. Majoritatea dintre noi suferim de astfel de simptome.

Dar cum vă puteți da seama dacă aveți motive de îngrijorare?

Puteti să vă testați simptomele fără riscul ca boala să se agraveze între timp?

Când trebuie să mergeți la medic?

Această broșură vă ajută să vă analizați simptomele pentru a ști ce aveți de făcut.

Una din 5 persoane prezintă sânge pe suprafața materiilor fecale cel puțin o dată pe an, și totuși 99% dintre acestea nu au cancer. Un procentaj și mai mare de persoane suferă de dureri abdominale și probleme de scurtă durată cu tranzitul intestinal.

Pentru cei mai mulți dintre noi, aceste simptome sunt obișnuite, nu sunt grave și nu trebuie să ne preocupe prea mult.

## **Dar cum puteți face diferența între simptomele neimportante și cele grave?**

### **Analizați-vă simptomele**

Multe persoane prezintă diferite senzații vagi, de exemplu disconfort în zona inferioară a abdomenului. Dar acestea dispar în 3-4 săptămâni. Dacă nu sunt intense, nu vă împiedică să lucrați, să mâncați sau să dormiți, este mai bine să așteptați să observați cum evoluează timp de câteva săptămâni. Dar nu uitați: în spatele acestor stări de disconfort pot exista simptome importante care nu trebuie neglijate.

### **Răspundeți la următoarele întrebări:**

**Sunt schimbări în tranzitul meu intestinal în ultima vreme?** Menționați dacă mergeți la toaletă – sau doar aveți senzația că trebuie să mergeți – de 3-4 ori pe zi. Aceste schimbări se mențin zi de zi și nu revin niciodată la situația obișnuită?

**S-a schimbat consistența scaunului meu?** Menționați dacă este mai moale sau chiar lichid, asemănător scaunului din diaree, fără să revină la normal.

**Există sângerări?** Apar pe hârtia de toaletă foarte frecvent, aparent fără motiv.

**Sunt anemic?** Anemia severă se manifestă prin oboseală, senzație de lipsă de aer și lipsă de energie; stări care apar destul de frecvent și din alte cauze.

**Am dureri persistente în zona abdominală, dureri ce apar aproape întotdeauna după ce mănânc, îmi scad pofta de mâncare și slăbesc?** Durerile abdominale fără astfel de manifestări sunt aproape întotdeauna fără gravitate.

Dacă am aceste simptome, **există și antecedente de cancer colorectal în familia mea?** Majoritatea persoanelor care au în familie antecedente de cancer colorectal nu prezintă un risc crescut, dar dacă suferiți din cauza simptomelor enumerate și aveți și predispoziția familială, consultați un medic.

**Am colită ulcerativă?** Colita cronică ce durează mai mult de 10 ani trebuie supravegheată atent. Colita pe o perioadă mai scurtă de timp nu induce nici un risc.

### **Aveți unul din următoarele simptome?**

Cele mai frecvente simptome ale cancerului colorectal sunt: **SCHIMBĂRI ALE TRANZITULUI INTESTINAL, SÂNGERARE LA NIVELUL RECTULUI și DURERI ABDOMINALE**, dar acestea apar și la persoane care nu au cancer.

Acestea sunt simptomele care prezintă un risc crescut, pe care trebuie să le urmăriți, mai presus de orice alt simptom:

#### **Schimbări ale tranzitului intestinal și sângerare**

- schimbare care persistă câteva săptămâni fără revenire la normal.
- scaune de consistență scăzută sau diareice
- folosirea toaletei de mai multe ori decât de obicei sau doar senzația acestei nevoi.

Persoanele care prezintă aceste simptome trebuie să se prezinte la spital pentru investigații, **INDIFERENT DE VÂRSTĂ**

#### **Schimbări ale tranzitului intestinal fără sângerare**

Scaune de consistență mai scăzută, mai frecvente – trebuie să vă prezentați la spital dacă aveți o vârstă înaintată.

#### **Sângerare la nivelul rectului**

La vârste de peste 55-60 de ani – toate persoanele trebuie investigate pentru a exclude orice risc.

#### **Sângerare la nivelul rectului**

Dacă sângerarea apare fără motiv, ca de exemplu senzație de jenă, administrarea unor medicamente, dureri etc și este persistentă, trebuie să mergeți la medic pentru investigații.

### **Alte simptome cu risc sunt:**

- Anemie fără cauză aparentă depistată de medicul de familie
- O umflătură, un nodul simțit la palpare de medicul de familie
- Dureri abdominale persistente sub formă de colici, dureri apărute recent, în special la o vârstă mai înaintată

### **Cum vă puteți testa simptomele?**

Dacă puteți face ca simptomele dv să dispară sau să scadă în intensitate, atunci este foarte puțin probabil să aveți cancer colorectal.

### **Iată cum vă puteți testa simptomele:**

**Regimul alimentar** – încercați să mâncați mai multe fibre dacă sunteți constipat sau mai puțin dacă suferiți de diaree. Fibrele se găsesc în pâinea integrală, cereale, fructe și legume. Încercați să beți mai multe lichide.

**Schimbarea stilului de viață** – dacă sunteți sedentar, încercați să faceți exerciții fizice. Mișcarea accelerează tranzitul intestinal. Renunțați la fumat și la consumul exagerat de bere.

**Discutați cu un farmacist** – despre medicamente pe care le puteți lua fără rețetă și despre schimbarea regimului alimentar. Simptomele pot dispărea în timp ce faceți un astfel de tratament, dar dacă reapar sau persistă până la 6 săptămâni, consultați medicul.

**Consultați medicul de familie** – un pacient ezită în mod obișnuit până la 8 minute înainte de a-l întreba pe medic ceea ce îl interesează. Medicii sunt obișnuiți să discute despre subiecte intime, deci nu trebuie să vă rușinați.

**Sângerări de la nivelul rectului?** – întrebați-l pe medic dacă nu ar trebui să vă examineze printr-un tușeu rectal – cu ajutorul degetului înmănușat introdus în rect – pentru a depista vreun nodul suspect care ar putea fi canceros.

**Majoritatea cancerelor colorectale care dau sângerări produc și schimbări ale tranzitului intestinal. Sângerările pe care le observase DS pot să nu fi avut nici o legătură cu cancerul pentru că s-au întâmplat cu ani înainte și au dispărut. Persoanele cu schimbări ale tranzitului intestinal care persistă șase săptămâni sau mai mult, trebuie să consulte medicul de familie.**

### **Ce funcție au intestinele?**

**Intestine, intestinul gros, intestinul subțire, colonul și rectul.** Există multe cuvinte pentru a descrie intestinele, dar în această broșură ne referim la tubul format din țesut muscular care începe la nivelul apendicelui și se termină la rect.

**Când mâncăm**, alimentele ajung întâi în stomac, apoi nutrienții sunt absorbiți prin mucoasa intestinului subțire în organism. Ceea ce rămâne ajunge în intestinul gros – care este o zonă cu rol de rezervor și de fermentare – unde se pot produce gaze. La unele persoane, la care intestinul gros nu își desfășoară perfect funcția, apare balonare, disconfortul și chiar durerea abdominală. Motivul principal pentru care funcția nu este îndeplinită este lipsa sau excesul de fibre în alimentație.

**Materiile rămase în intestinul gros** sunt stocate în partea dreaptă a intestinului, și o dată sau de două ori pe zi avansează în partea stângă, și atunci simțim nevoia de a merge la toaletă. Materiile fecale pot fi stocate în rect până când ajungem la o toaletă.

**Intestinul gros secretă mucus** pentru a ușura înaintarea materiilor fecale, de aceea unele persoane observă mucus pe scaun. Apa este absorbită de-a lungul intestinului gros, iar dacă nu aveți scaun timp de mai multe zile, materiile fecale pot căpăta o consistență crescută și pot fi mai dificil de eliminat din cauza absorbției apei. **Iată de ce este important să mergeți la toaletă atunci când simțiți nevoia. La copii, trebuie creat reflexul de a avea scaun în fiecare zi.**

## Constipat?

### Încercați următoarele:

- Un regim alimentar bogat în fibre, cu mai multă pâine integrală sau din secară, mai multe legume și fructe – în special prunele și curmalele pot reduce consistența scaunului.
- Nu beți suficiente lichide? Creșteți aportul de lichide (apă, ceai, suc și cafea).
- Nu amânați să mergeți la toaletă când simțiți nevoia.
- Exercițiile fizice pot stimula musculatura intestinelor care lucrează mai eficient – persoanele care fac jogging au scaun mai des. De asemenea, mersul pe jos face minuni!
- Remedii recomandate de farmacist cum ar fi substanțe pentru a scădea consistența materiilor fecale, fibre sau substanțe care cresc activitatea intestinală.
- Nu folosiți laxative timp de mai multe luni fără a consulta medicul. Dacă funcționează, nu mai luați laxativele după câteva săptămâni și dacă funcția intestinală nu rămâne normală, vizitați medicul de familie.
- Este normal să vă forțați puțin să eliminați scaunul, dar nu trebuie să exagerați – așteptați să simțiți nevoia de a merge la toaletă.

## Simptome comune și ce trebuie să faceți în legătură cu ele

Probabilitatea de a dezvolta un cancer colorectal crește cu vârsta – 90% dintre bolnavi având peste 55 de ani. Cancerul de colon are o incidență dublă față de cancerul rectal. Mai puțin de 6% din cazuri apar la persoane sub 50 de ani, incidența crește până la 75 de ani, de unde descrește brusc. Vârsta medie la diagnosticare este de 60 ani.

## **Sângerare de la nivelul rectului**

Aproximativ 17% din populația țării noastre au anual asemenea sângerări, mai ales în jurul vârstei de 20-30 de ani – este un simptom destul de comun. În majoritatea cazurilor, atât noi cât și medicul de familie poate decide ușor dacă există motive de îngrijorare.

### **Deci când trebuie să luăm în serios aceste sângerări?**

**La vârsta de peste 50 de ani** – nu presupuneți automat că aveți hemoroizi inflamați. Persoanele care au sângerări timp de săptămâni sau luni, trebuie consultate de către medicul de familie.

### **La orice vârstă dacă:**

- **Fără nici o cauză aparentă** ca de ex mâncărimi, jenă sau dureri, sângerarea persistă mai mult de două-trei luni. Consultați neapărat medicul de familie.
- **Apar sângerări spontane, abundente** după ce mergeți la toaletă. Arată înspăimântător și ne îngrijorează – dar, paradoxal, de obicei nu înseamnă că aveți cancer. Dacă se oprește imediat, sângerarea este cauzată de regulă de hemoroizi, nu de o tumoare malignă.
- Sunteți un pacient cu un **cancer care sângerează** mult, fără oprire. De obicei nu este sânge proaspăt, de culoarea celui care țâșnește dintr-o tăietură, ci are o culoare modificată, de nuanțe închise.
- Se manifestă **atât sângerări, cât și schimbări persistente ale tranzitului intestinal** cu scăderea consistenței scaunului

**Dacă ați observat sângerări, consultați medicul de familie. Aveți un motiv întemeiat. Este posibil să fie necesare investigații suplimentare, pentru a vă asigura că nu aveți motive de îngrijorare, chiar dacă riscul de a dezvolta cancer colorectal este scăzut.**

## **Hemoroizii**

**Vești bune** – sângerările de la nivelul rectului sunt un lucru obișnuit și normal pentru majoritatea dintre noi – mai ales pentru cei tineri – și adesea diagnosticele de hemoroizi nu sunt de fapt hemoroizi! Dacă mergem la medicul de familie sau la un specialist din această cauză, ni se spune de multe ori “probabil aveți hemoroizii inflamați”. Medicii consideră că ne liniștesc spunându-ne acest lucru, dar mulți dintre noi nu ar vrea să aibă această problemă și consideră că au făcut greșeli în dietă, au făcut efort etc. Astfel de sângerări apar la una din cinci persoane cel puțin o dată pe an și pot apare și dispărea de multe ori de-a lungul vieții. Sângerările, de obicei, succedându-se timp de câteva zile, provin din mase mici de țesut moale și bine vascularizat asemănătoare unor pernițe, situate în jurul anusului care închid în mod normal canalul anal pentru evacuarea gazelor. Din cauza unui scaun mai dur sau a efortului, pot sângera ușor, mai ales în tinerețe.

**Sângerările fără motiv sunt neobișnuite.** Cel mai frecvent dispar fără nici un tratament. Diagnosticul de hemoroizi este cel mai adesea folosit pentru persoanele ale căror hemoroizi sunt atât de măriți încât ies prin canalul anal și pacientul trebuie să îi împingă înăuntru (hemoroizi prolabați). Aceștia pot necesita tratament chirurgical. Dacă vă forțați

și mici noduli de mărimea boabelor de struguri apar în jurul anusului, dar dispar când încetați efortul, nu aveți motiv de îngrijorare, pentru că este normal. Ocazional, un cheag dureros se poate forma în interiorul lor – acesta fiind numit hemoroid trombozat.

### **Ce se poate face pentru a controla sângerările?**

- Schimbați-vă dieta incluzând mai multe fibre și lichide pentru ca scaunul să aibă consistență mai scăzută și să poată fi eliminat mai ușor.
- Efortul în timpul eliminării scaunului este cauza principală a sângerărilor și a hemoroizilor – evitați forțarea excesivă.
- Spălați-vă local cu un jet de apă rece, după ce ați eliminat scaunul, în loc să utilizați hârtie igienică.
- Încercați să folosiți preparate farmaceutice, dar cum sângerările apar și dispar în mod normal, este dificil de apreciat dacă acestea au avut efect.
- Dacă sângerările sunt deranjante și sunteți trimiși la spital, vi se vor administra injecții și veți fi bandajat pentru a la controla pe termen scurt.

Multe persoane au sângerări trecătoare în viața adultă tânără, indiferent de măsurile care se iau împotriva lor. Toate tratamentele care se fac în spital implică un grad de disconfort, dar acesta dispare repede.

**Hemoroizi de mari dimensiuni** – bandajare cu bandă cauciucată pentru a-i micșora. Se rezolvă repede, dar nu funcționează întotdeauna.

**Hemoroizi foarte mari** – de obicei, soluția este chirurgicală, dar este o ultimă alternativă. Revenirea la normal poate fi dureroasă timp de câteva săptămâni, mai ales când trebuie să mergeți la toaletă. Tratamentul cu laser, cu infraroșii și crioterapia au fost încercate, dar în prezent nu sunt tratamente uzuale.

### **Schimbări ale tranzitului intestinal obișnuit**

Sunt simptome foarte comune, pe care le avem majoritatea dintre noi, de obicei dintr-o cauză clară ca excesul alimentar, băutura, călătoriile. Ceea ce este destul de puțin cunoscut este faptul că astfel de modificări se pot întâmpla spontan, fără motiv. Puține persoane au un tranzit intestinal regulat pe tot parcursul vieții.

- Modificări fără importanță – dispar în 4 - 6 săptămâni.
- Schimbări de durată – trebuie investigate în spital, deși majoritatea nu sunt cauzate de cancer.

**Dacă luați laxative**, acestea dau scaune mai frecvente și cu consistență mai scăzută.

Singura modalitate de a vă da seama dacă aveți o problemă e să renunțați la laxative și să vedeți dacă tranzitul se normalizează. Dacă ați observat recent vreo schimbare persistentă și mai ales dacă aveți și sângerări, mergeți la medic.

**Forma scaunului.** Majoritatea persoanelor se îngrijorează dacă scaunul are o formă alungită și subțire, crezând că acest lucru e cauzat de o îngustare a intestinului superior, posibil din cauza unui cancer. Nu vă alarmați. Forma este determinată de canalul anal, ultima porțiune a intestinului. Dacă acest canal nu se relaxează în totalitate când mergeți la toaletă dintr-un motiv sau altul, scaunul capătă o formă alungită și subțire.



## Ce trebuie să faceți dacă aveți antecedente în familie?

### **Cancerul colorectal afectează una din 10 familii.**

Dar acest lucru nu înseamnă că în mod sigur veți dezvolta această boală. Cu cât mai apropiată este ruda care a suferit de această boală (frate, soră, mamă, tată, fiu sau fiică) și cu cât mai tineri erau când au fost diagnosticați, cu atât mai mult este nevoie să luați măsuri de prevenție a bolii.

### **Dacă aveți:**

- O rudă apropiată, sub 45 de ani, afectată (frate, soră, părinte sau copil) – discutați cu medicul de familie despre posibilitățile de screening.
- Două sau mai multe rude în vârstă din aceeași ramură a familiei (a mamei sau a tatălui). Cu cât sunt mai tinere rudele în momentul diagnosticării, cu atât mai necesar este să vă adresați medicului.
- ... în familie antecedente îndepărtate, de exemplu un bunic care a murit din cauza cancerului colorectal pe la 60-70 de ani, aveți un risc cu foarte puțin mai ridicat decât al unei persoane fără nici un caz în familie.
- Momentul de începere a screeningului este cu aproximativ 10 ani înainte de vârsta la care a fost diagnosticată cea mai tânără rudă care a dezvoltat această boală.

### **Discutați cu medicul de familie dacă sunteți îngrijorat.**

Discutați despre cancerul colorectal. Puteți contribui la salvarea vieții dv sau a unei rude, doar discutând cu ea sau arătându-i această broșură.

“**Plutește sau se scufundă**” – Persoanele cu un conținut crescut de fibre în dietă (multe fructe și legume, pâine integrală și cereale etc) au scaune care plutesc. Acest lucru este benefic pentru organismul dv și face mai ușoară depistarea oricăror modificări.

## Ce alte boli ar putea da astfel de simptome?

**Fisuri anale** – mici leziuni de tipul unor ruperi ale mucoasei ultimei porțiuni a canalului anal, determinate uneori de constipație produc sângerarea pe care o observați în vasul de toaletă. Ele sunt însoțite aproape întotdeauna de dureri mari în timpul eliminării scaunului și mâncărimi, mai ales la femei.

**Sindromul colonului iritabil** – acest diagnostic poate fi dat doar după investigații la un spital. Foarte frecvent, la mai mult de o treime dintre noi, apar simptome de colon iritabil minim o dată pe an. Simptomele sunt asemănătoare cu ale cancerului colorectal dar nu persistă, apar și dispar, cu perioade lungi în care colonul funcționează normal. Mulți dintre pacienții cu acest sindrom au astfel de simptome recurente care necesită investigații periodice pentru a se asigura că nu prezintă o altă boală mai gravă.

**Polipi** – noduli asemănători unor ciuperci pe mucoasa colonului. Cele mai multe nu determină nici un fel de simptome, nu sunt cauza cancerului și nu sunt descoperiți decât cu ocazia altor teste. Polipii mari pot da sângerări și 3% dintre ei sunt considerați predispuși să se transforme în cancer. Îndepărtarea lor poate fi făcută cu endoscopul - un

tub flexibil introdus în organism - fără a necesita o intervenție chirurgicală. Prin supravegherea persoanelor de peste 55 de ani care au polipi mari, se consideră că pot fi prevenite majoritatea cancerelor colorectale.

**Boala lui Crohn** – inflamație dureroasă a intestinului gros. Nu este cunoscută cauza și poate dura pe tot parcursul vieții. Mai frecvent apare la fumători. Persoanele care suferă de această boală pe timp îndelungat pot avea un risc crescut de cancer colorectal.

**Colita ulcerativă** – intestinul gros devine roșu și inflammat. Poate fi o suferință foarte îndelungată. Are tendința de a apărea și dispărea, manifestându-se prin simptome ca sângerare, eliminare de mucus, mai rar durere (deseori doar după eliminarea scaunului). Persoanele care suferă de această boală pe termen îndelungat, peste 10 ani, prezintă un risc crescut.

**Diverticuloza** – este o boală cu incidență crescută la persoanele în vârstă. Jumătate din persoanele de peste 60 de ani au o asemenea suferință. Majoritatea nu prezintă simptome, ocazional apar modificări ale tranzitului intestinal, dureri abdominale și, mai rar, inflamație severă, care ocazional necesită o intervenție chirurgicală importantă pentru a fi vindecată. Nu determină predispoziție la cancer.

## **Ce putem face pentru a ameliora aceste boli?**

**Abces** – trebuie consultat medicul care vă va recomanda fie un tratament antibiotic, fie vă va trimite la spital pentru tratament chirurgical - deschiderea abcesului și eliminarea puroiului.

**Hemoroizi** – majoritatea simptomelor dispar de la sine și de aceea cele mai multe persoane nu îi tratează. Totuși, dacă simptomele persistă, discutați cu un farmacist despre medicamentele sub formă de unguente sau supozitoare pe care le puteți cumpăra fără rețetă. Sângerarea hemoroizilor este neplăcută și necesită tratament în cadrul unui spital (injecții, bandaje), sau indicații în privința schimbării regimului alimentar.

**Sindromul colonului iritabil** – din fericire, pentru majoritatea persoanelor, simptomele sunt ușoare, dispar de la sine și necesită un tratament scurt sau chiar nici un tratament. Dacă diareea este simptomul principal – încercați să aveți un regim cu conținut scăzut în fibre și medicamente antidiareice. În cazul constipației, încercați o dietă cu fibre. Durerile abdominale și balonarea – simptome principale foarte dificil de tratat – se rezolvă de la sine sau dispar și apar, astfel încât există perioade de calm. Dacă simptomele persistă, mergeți la medic pentru a exclude altă boală gravă. Pentru unii, acest sindrom reprezintă o problemă gravă afectându-le munca și viața.

**Polipii** – pot fi îndepărtați în cadrul colonoscopiei cu un instrument mic electric și biopsiați pentru a se confirma faptul că sunt benigni. Unii polipi sângerează, dar majoritatea nu devin maligni.

**Boala lui Crohn și colita** – discutați cu medicul despre măsuri de tratament și riscuri.

**Fisuri anale** – sunt tratate în general cu unguente speciale care relaxează musculatura, sau cu injecții. Majoritatea persoanelor nu necesită intervenție chirurgicală, dar, dacă aceasta se impune, operația este foarte simplă. Din nefericire, poate avea efecte negative – mai ales la femei – scurgeri de mucus și de cantități mici de fecale. La peste 90% dintre pacienți, operația are rezultate excelente, are puține complicații și problema se rezolvă definitiv.

**Diverticuloza** – Simptomele principale pot fi controlate prin schimbări în dietă. Mergeți la toaletă mai frecvent? Încercați să reduceți cantitatea de fibre – creșteți aportul de pâine albă și orez, evitați cerealele cu fibră, fructele, dar păstrați cantitatea de legume în dietă. Scaunele de consistență scăzută necesită schimbări în regim, dar dacă aceste măsuri nu au efect, încercați medicamente antidiareice. Rareori este necesară intervenția chirurgicală.

**Constipația** – regim bogat în fibre, mai multe lichide, sucuri naturale

## **Dacă medicul v-a recomandat investigații suplimentare**

**Iată câteva întrebări pe care ați putea să le adresați medicului:**

### **Cât de repede voi fi programat?**

Este o investigație urgentă sau una de rutină? „Urgentă” nu înseamnă că aveți cancer! Persoanele care au simptome care îi supun la diverse riscuri trebuie să fie investigați la maxim două săptămâni de la trimiterea făcută de medic. Majoritatea persoanelor care au astfel de simptome nu au cancer, dar această posibilitate trebuie exclusă.

### **Cât de lungă este lista de așteptare pentru această investigație de rutină?**

Variază în funcție de unitatea spitalicească. Dacă listele sunt prea lungi și sunteți îngrijorat, discutați acest aspect cu medicul.

### **Ce tip de investigație îmi recomandați?**

Posibilitățile diferă în funcție de spital, dar, în funcție de simptomele dv, unele investigații sunt mai indicate.

### **Trebuie să consult un specialist?**

Întrebați dacă medicul dv de familie îl cunoaște pe medicul specialist la care trebuie să mergeți, dacă acesta din urmă are experiență în diagnosticarea cancerului colorectal și ce părere are medicul de familie despre el. Pentru investigații complexe este de preferat să alegeți o clinică.

### **Medicul specialist face parte dintr-o echipă care mă va îngriji?**

Dacă aveți cancer, cercetările arată că pacienții tratați de o echipă de medici au un parcurs de însănătoșire mai bun. Acest lucru înseamnă că medicul specialist sau chirurgul face parte dintr-o echipă multidisciplinară, în care profesioniștii care vă îngrijesc lucrează împreună și se întâlnesc pentru a discuta despre îngrijirea dv.

## Ce tip de test trebuie să fac?

Majoritatea persoanelor trimise la investigații nu au cancer. Testele care vi se fac depind de aparatura disponibilă la spitalul respectiv.

### Colonoscopul

Este un instrument lung care poate explora tot colonul. Trebuie să luați laxative prescrise de medic înainte de această investigație și să nu mâncați la sfârșitul zilei anterioare pentru a evacua intestinul gros. În general, se consideră că puteți bea lichide ca ceai sau cafea, dar această indicație variază în funcție de medic. Vă este administrat și un sedativ înaintea investigației.

## Care sunt stadiile de dezvoltare a cancerului colorectal ?

Stadializarea cancerului colorectal conform standardelor internaționale este:

Stadiu	Definitie	Categorie
Stadiul 0	Carcinom in situ: o tumoare maligna limitata la nivelul mucoasei* si care nu invadeaza submucoasa*	Cancer colorectal localizat
Stadiul I	Tumoarea invadeaza submucoasa* sau stratul muscular*	
Stadiul IIA	Tumoarea invadeaza stratul muscular pana in subseroasa* sau pana in tesuturile invecinate din spatiul intraperitoneal*	
Stadiul IIB	Tumoarea penetreaza peritoneul* visceral si/sau invadeaza direct organe sau structuri din spatiul intraperitoneal*	
Stadiul III	Tumoarea a produs metastaze* in ganglionii limfatici* regionali. Stadiul III este impartit in 3 stadii diferite, in functie de gradul de invazie a tumorii locale si de numarul de ganglioni cu metastaze <sup>a</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stadiul IIIA: tumoarea invadeaza submucoasa* sau stratul muscular* si s-a raspandit la 1-3 ganglioni limfatici regionali</li><li>• Stadiul IIIB: tumoarea invadeaza subseroasa*, peritoneul visceral* sau organele invecinate si s-a raspandit la 1-3 ganglioni limfatici regionali</li><li>• Stadiul IIIC: tumoarea, indiferent de gradul de invazie locala, s-a raspandit la 4 sau mai multi ganglioni limfatici regionali</li></ul>	
Stadiul IV	Tumoarea s-a raspandit la organe indepartate, indiferent de gradul de invazie locala si/sau de raspandirea la ganglionii limfatici regionali	

<sup>a</sup> in timpul stadializarii chirurgicale\*, pentru a determina cu exactitate numarul de ganglioni limfatici implicati, trebuie extirpati cel puțin 12 ganglioni.

**Tratamentul cancerului colorectal** depinde de stadiul bolii, de starea generală de sănătate a pacientului și de alți factori.

- Tratamentul chirurgical este cel mai des aplicat, în funcție de extinderea bolii. Dacă celulele canceroase sunt localizate sub formă de polipi se face polipectomie. Dacă are dimensiuni mai mari, îndepărtarea tumorii și a țesutului din jur se face prin rezecție parțială. Dacă e și mai extins, se face rezecția unei secțiuni împreună cu depărtarea ganglionilor limfatici. Dacă e și mai extins se face colostomie.
- Radioterapie,
- Chimioterapie
- alte tratamente .

### **Tratament în funcție de stadializare**

- În stadiul 0 cancerul este localizat la cel mai superficial strat al peretelui intestinal al mucoasei. Tumoarea ar trebui înlăturată chirurgical.
- Stadiul I implică un strat mai jos, submucoasa, și chiar ajunge la mușchii colonului sau rect. Tumoarea ar trebui înlăturată chirurgical ca și nodulii limfatici locali.
- Stadiul II implică mușchii intestinului și invadează organele înconjurătoare. Tratamentul constă în înlăturarea chirurgicală a țesutului afectat și, pentru unii pacienți, chimioterapie adițională în cazul cancerului de colon și radioterapie combinată cu chimioterapie pentru cancerul rectal.
- Stadiul III implică structurile adiacente ale colonului și, de asemenea, nodulii limfatici regionali. Tratamentul constă în înlăturarea chirurgicală a tumorilor și altor țesuturi afectate și terapie adjuvantă, chimioterapie pentru cancerul de colon și chimioterapie plus radioterapie pentru cancerul rectal.
- Stadiul IV implică organe la distanță, cum ar fi ficatul și plămânii. Chimioterapia și terapia biologică țintită sunt opțiuni de tratament. Chimioterapia ajută la reducerea dimensiunii tumorii pentru a o face, dacă este posibil, operabilă.

### **Urmărirea pacientului**

- Nu există un protocol general acceptat. Medicul va stabili vizitele care trebuie făcute după tratament cu scopul de monitorizare a efectelor adverse posibile recurența a bolii și furnizarea de sprijin pentru revenirea la o viață normală. Urmărirea poate dura până la 5 ani.

## **Mic dicționar**

Medicii pot folosi cuvinte pe care nu le înțelegi. Iată ce înseamnă cuvintele cele mai utilizate:

**Anus** – orificiul de deschidere al rectului, a cărui extremitate exterioară este, situată între fese.

**Canalul anal** – ultimul segment al intestinului gros, inferior rectului, care se deschide prin orificiul anal.

**Clinician** – un medic ce lucrează într-o clinică (spitalul care colaborează cu Facultatea de Medicină pentru pregătirea profesională a studenților).

**Colectomie** – intervenția chirurgicală pentru extirparea unei porțiuni sau a întregului colon.

**Colică** – durere abdominală severă care apare și dispare.

**Colorectal** – în legătură cu colonul și rectul, de exemplu cancerul colorectal.

**Defecare** – evacuarea scaunului.

**Fecale** – scaun.

**Flatulență** – gaze, vânturi.

**Hemicolectomie** – extirparea a jumătate de colon.

**Hemoroizi** – mase mici de țesut moale și bine vascularizat asemănătoare unor pernițe, situate în jurul anusului care închid în mod normal canalul anal pentru evacuarea gazelor.

**Incontinență** – incapacitatea de a reține scaunul sau urina.

**Laxative** – medicamente care scad consistența scaunului la persoanele constipate.

**Oncolog** – medic care tratează cancerul, de la cuvântul grecesc pentru nodul, tumoră; se referă în general la specialiștii în chimio- și radioterapie.

**Proctită** – inflamația rectului.

**Rect** – segment cu funcție de rezervor imediat superior orificiului pentru eliminare – canal anal și anus. Prezintă un mușchi sfincterian care nu permite eliminarea scaunului decât în momentul dorit.

**Sfincter** – mușchi sub formă de cerc la nivelul canalului anal; din cuvântul grecesc care înseamnă „a strânge”.

**Sigmoid** – ultima porțiune a colonului, superioară rectului.



## **SOCIETATEA ROMANA DE CANCER**

Cluj – Napoca, Str. Bisericii Ortodoxe nr. 11, 400090

Tel/fax 0264 – 450095, e-mail: [office@srcorg.ro](mailto:office@srcorg.ro),

[www.srcorg.ro](http://www.srcorg.ro)